

117

CONTRIBUTION

à l'Etude Radiologique

des Abscès sous-phréniques

PAR

LE DOCTEUR KH. ROUJANSKY

Né à Rosstoff-sur-Don

le 18 Décembre (N. St.) 1891



PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

Docteur Ch. ACHARD

Professeur de la Faculté de Paris

*Thèse
Paris
1920*

117

CONTRIBUTION

à l'Etude Radiologique

des Abscès sous-phréniques

PAR

LE DOCTEUR KH. ROUJANSKY

Né à Rosstoff-sur-Don

le 18 Décembre (N. St.) 1891



PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

Docteur Ch. ACHARD

Professeur de la Faculté de Paris

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	RÉNON.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	WIDAL.
Clinique des maladies des enfants.....	GILBERT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CHAUFFARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies contagieuses	DUPRÉ.
Clinique chirurgicale	JEANSELME.
Clinique ophtalmologique	P. MARIE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	TEISSIER.
Clinique d'accouchements	DELBET.
Clinique gynécologique	LEJARS.
Clinique chirurgicale infantile	HARTMANN.
Clinique thérapeutique	GOSSET.
Clinique oto-rhino-larngologique	De LAPERSONNE.
	LEGUEU.
	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	J.-L. FAURE.
	BROCA Auguste.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUÉNIOT	LÉRI	ROUVIÈRE
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRÉ	Laignel-Lavastine	OKINCZYK	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. ÉMILE WEIL

MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERY.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH.

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEMIERRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMARET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEQUEUX.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL.

INTRODUCTION

Au cours de nos brèves études, malheureusement interrompues par la guerre, il nous a été donné d'observer deux cas d'abcès sous-phréniques dans le service du docteur P. Emile Weil.

Devant les difficultés énormes que présente le diagnostic des abcès sous-phréniques fait au lit du malade avec des moyens purement cliniques, nous avons pensé qu'une étude — aussi brève qu'elle soit — démontrant la facilité avec laquelle se fait par contre ce diagnostic avec le secours des Rayons X, serait d'un intérêt tout particulier.

Mais avant d'aborder notre sujet nous tenons à exprimer ici notre plus vive reconnaissance à tous nos Maîtres dans les hôpitaux, et tout particulièrement à Monsieur le Professeur Achard, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, et à Monsieur le Docteur P. Emile Weil qui a inspiré cette étude et nous a été d'un concours très précieux par ses conseils d'une compétence remarquable.

ETUDE CLINIQUE

Les abcès sous-phréniques sont des collections purulentes qui se forment au niveau des espaces péritonéaux, appelés loges sous-phréniques. De ces loges, deux sont situées entre le diaphragme et le foie, séparées par le ligament falciforme ; la troisième est la loge rétrostomacale formée par l'arrière cavité des épiploons ; la quatrième est la loge phréno-gastro-splénique et enfin la cinquième, la loge rétropéritonéale.

Ces abcès contiennent souvent de grosses quantités de pus (jusqu'à 2-3 litres) extrêmement fétide ; dus à des anaérobies, ils contiennent également des gaz.

L'origine de ces abcès est extrêmement variable : ulcère de l'estomac, appendicite, lésions du duodénum, cancer de l'estomac, traumatisme, pyohémie, furonculose, dysenterie, gastro-entérite infantile (Gold), infections ovariennes, pleurésie, infarctus de la rate (Körte), phlegmon périnéphrétique (Carnot), suppurations intrahépatiques, kystes hydatiques, cholécystite suppurée (Carnot), lithiasique typhoïdique ; mais les deux tiers des cas tirent leur origine des voies digestives.

Leur mode de production est aussi différent suivant les cas : perforation des organes, propagation de l'infection par la voie sanguine ou conjonctivolymphatique.

Le plus souvent la maladie débute brusquement par une douleur terrible dans la région sus-ombilicale ou un point de côté franchement thoracique ; le ventre est dur, très douloureux ; le facies grippé ; il existe des vomissements ; en somme, tout un ensemble caractérisant la péritonite aiguë. Ce début dramatique s'apaise en quelques jours, mais bientôt la fièvre à grandes oscillations s'allume et l'état général reste très mauvais. Plus rarement, le début n'est pas aussi brutal, et parfois même il est insidieux : douleurs supportables pendant plusieurs mois, amaigrissement, etc.

A la période d'état, on observe : fièvre hectique, pouls petit et rapide, facies grippé, yeux cernés, diarrhée, transpiration, leucocytose, diminution de la valeur de l'hémoglobine, albuminurie.

Suivant que la maladie prend la forme abdominale ou thoracique, on distingue les symptômes suivants : dans le premier cas, douleur dans la région sus-ombilicale, anorexie, langue saburrale, immobilité du diaphragme, hoquet, névralgie du phrénique ; une voussure donnant parfois à l'abdomen « l'aspect bilobé » (Courtois-Suffit) avec la moitié inférieure de l'abdomen souple, dépressible, indolente, et la partie supérieure bombée, tendue, tympanique et

douloureuse (Dieulafoy) ; la base thoracique est élargie ; en position couchée il existe une sonorité au niveau de la zone voussurée mais lorsqu'on fait asseoir le malade, la partie inférieure de la voussure devient mate, tandis que la partie supérieure reste sonore. A l'auscultation, on constate le tintement métallique et la succussion hippocratique. En position genu-pectorale toute la voussure devient mate.

Dans la forme thoracique, on observe une douleur à siège thoracique, dyspnée violente, sonorité tympanique en haut et matité en bas, respiration amphorique, tintement métallique, succussion hippocratique, bruit d'airain.

Enfin, souvent les symptômes à origine double donnent à la maladie une forme mixte.

Lorsque l'abcès sous-phrénique est collecté, il s'ouvre vers l'un des organes suivants : péricarde (péricardite purulente), poumon (vomique et guérison ultérieure ou bien cachexie et mort à la suite d'une broncho-pneumonie ou de gangrène pulmonaire), plèvre (pleurésie), bassinet, vésicule biliaire, tube digestif (colon en particulier), péritoine (péritonite généralisée), peau (fistule).

Il résulte de ce bref exposé du tableau clinique que l'abcès sous-phrénique est une affection très sérieuse par sa localisation et son évolution vers telle ou telle complication. Le pronostic s'en est néanmoins beaucoup amélioré depuis qu'on intervient chirurgicalement. Mais cette intervention, pour être efficace, doit être précoce et exige par conséquent un diagnostic rapide et sûr. Le diagnostic clinique est difficile, parfois même impossible. La confusion est possible avec les affections suivantes : appendicite, occlusion intestinale, péritonite généralisée d'origine gastro-intestinale, colique de plomb, abcès du foie, kyste hydatique suppuré contenant des gaz, broncho-pneumonie, tuberculose pulmonaire, pneumonie, abcès du poumon, dilatation des bronches, gangrène pulmonaire, pneumothorax vrai.

Souvent la question se pose en clinique de la façon suivante : La collection se trouve-t-elle au-dessus ou au-dessous du diaphragme ? Les antécédents d'une affection abdominale — début par un syndrome péritonéal, élargissement et saillie des espaces intercostaux, déplacement de la pointe du cœur, forme de la zone de matité à convexité supérieure, signes amphoriques au-delà des limites de la plèvre et surtout dans l'espace angulaire chondro-xyphoïdien, le déplacement de la zone de tympanisme avec la position du malade, la présence de frottements dans la région tympanique — sont des symptômes en faveur d'une collection sous-diaphragmatique. Au contraire : antécédents pulmonaires, début par une douleur thoracique, déplacement latéral du cœur, forme concave de la limite supérieure de la zone de matité font penser à une collection sus-diaphragmatique.

De plus, les signes de Pfühl et de Furbringer sont d'une certaine aide.

ETUDE RADIOLOGIQUE

La meilleure description de l'image radioscopique de l'abcès sous-phrénique est celle, à notre avis, de Loison.

« Le sujet, dit Loison, placé devant l'écran fluorescent, si la plèvre est libre, nous voyons immédiatement apparaître le dôme diaphragmatique, mais la coupole droite est située à un niveau plus élevé que la gauche et présente, par rapport à cette dernière, une dénivellation pouvant aller jusqu'à 7-8-10 cm. En outre, la moitié gauche continue à se mouvoir par l'effet de la respiration et le cul-de-sac costo-diaphragmatique reste libre surtout pendant l'inspiration ; à droite, au contraire, le diaphragme est immobilisé à peu près complètement et le cul-de-sac est supprimé en partie. »

L'épanchement est-il sus-diaphragmatique ; dans la cavité pleurale, l'aspect est tout différent. « D'abord, continue Loison, on constate du côté malade la disparition complète du contour diaphragmatique, de plus la zone normalement claire du thorax est remplacée sur une hauteur plus ou moins considérable par une zone sombre, limitée en haut par une ligne horizontale ou légèrement concave ; en dedans, cette zone sombre se continue avec l'ombre du cœur, tandis qu'en cas d'épanchement sous-phrénique l'ombre du cœur est toujours au-dessus de celle de la collection. »

En cas d'abcès gazeux on observe trois bandes superposées : en bas, zone sombre répondant à la collection purulente et au foie ; au milieu, zone claire ; en haut, bandelette diaphragmatique refoulée.

Chassard et Morénas résument ainsi les résultats de l'examen des abcès sous-phréniques aux rayons X :

« 1). L'hémidiaphragme droit est presque immobile, au lieu d'être aplati comme dans un pneumothorax, il est convexe et remonte jusqu'au dessus de l'angle inférieur de l'omoplate ; 2) entre la coupole diaphragmatique surélevée et le foie, on aperçoit une vaste poche gazeuse de clarté très vive ; 3) l'hémithorax droit, par suite du refoulement du diaphragme dans la cage thoracique, est notablement diminué de hauteur, mais le poumon n'est pas rétracté vers le hile. La clarté pulmonaire est moindre que du côté gauche parce que le parenchyme est tassé sur lui-même par la pression de la poche gazeuse sous-diaphragmatique.

Dans les deux cas que nous avons étudiés dans le service du Docteur P. Emile Weil, à l'hôpital Tenon et dont nous rapportons plus loin les observations, nous avons fait les constatations radiologiques suivantes :

Existence d'une zone claire entre le foie et le diaphragme.

L'hémidiaphragme correspondant à la collection, immobile dans les abcès contenant de grosses quantités de pus, conserve sa mobilité normale dans les collections de petit volume. De même pour le niveau du diaphragme qui est repoussé vers le thorax dans les gros abcès et se trouve à sa place normale dans les petits.

Malgré ces signes de quasi-certitude l'examen à l'écran peut induire en erreur. Nous rappelons ici le cas du docteur Bécclère qui, malgré sa familiarité toute spéciale avec l'écran, a pu commettre une erreur de diagnostic radiologique révélée seulement à l'autopsie. Voici le résumé de son observation :

Un jeune homme de 27 ans est pris subitement en décembre 1895, d'un point de côté thoracique, fièvre, courbature, toux, expectoration rouillée. On fait le diagnostic de pneumonie. La fièvre persiste pendant 2 mois. Jusqu'en septembre 1897, le malade ne peut rien faire à cause de la dyspnée, puis apparaît la fétidité de l'haleine (on pense à la tuberculose pulmonaire). Deux vomiques en décembre de la même année. On fait le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire, mais 6 ponctions restent sans résultat. Pendant toute l'année 1898, on répète de multiples examens radioscopiques dans le service du Docteur Bécclère et on ne trouve absolument rien. Le malade n'a pas de fièvre, pas de perte d'appétit ni de poids, mais il expectore tous les jours 300 grammes de crachats purulents. Le 9 avril 1899, on l'examine à l'écran une heure plus tôt que de coutume : « A mon grand étonnement, dit le docteur Bécclère, voici ce que j'aperçois sur l'écran fluorescent : L'image du thorax dans la moitié gauche présente l'aspect normal, c'est-à-dire de haut en bas d'abord, une zone claire qui correspond au poumon, puis une ombre en forme de bandelette courbe à concavité inférieure correspondant au diaphragme, qui s'abaisse pendant l'inspiration et s'élève pendant l'expiration ; enfin une zone claire correspondant à l'estomac. Mais, phénomène surprenant dont je suis témoin pour la première fois, la moitié droite de l'image thoracique présente un aspect très analogue à celui de la moitié gauche ; au-dessous de la zone de clarté pulmonaire droite existe une ombre en forme de bandelette courbe à concavité inférieure qui s'abaisse pendant l'inspiration, s'élève pendant l'expiration et se continue sur la ligne médiane avec sa congénère de l'autre côté ; au-dessous de cette bandelette mobile avec les mouvements respiratoires du thorax existe une zone très claire, transversalement étendue de l'ombre de la paroi latérale du tronc à l'ombre de la colonne vertébrale comme du côté gauche ; la seule différence est qu'au-dessous de cette zone claire, sous-jacente à l'ombre de la moitié droite du diaphragme, on retrouve l'opacité du foie avec sa forme et ses dimensions caractéristiques. Il semble que le malade ait deux estomacs, l'un dans l'hypochondre gauche, l'autre dans l'hypochondre droit, ce dernier séparant le foie du diaphragme. En réalité, le foie du malade est, à n'en pas douter, séparé du diaphragme par une collection gazeuse interposée ; il n'est pas possible d'interpréter autrement l'image radioscopique ».

La percussion pratiquée aussitôt révèle la disparition de la matité hépatique, remplacée par une sonorité tympanique. Le lendemain

la matité hépatique a reparu et on ne trouve rien à l'examen radioscopique. Il y a pendant très longtemps une coïncidence entre les résultats de la percussion, ceux de l'examen radioscopique et la quantité de crachats purulents dans le crachoir. En priant le malade de ne pas cracher le matin, on obtient la sonorité tympanique au niveau du foie et sur l'écran, une zone claire interposée aux ombres du foie et du diaphragme. On s'assure par des insufflations que cette collection gazeuse n'est pas en communication avec l'estomac ni avec le gros intestin. On fait le diagnostic d'abcès sous-phrénique en communication avec les bronches. Quelle en est l'origine ? Pneumonie, perforation de l'estomac ? — Quelques jours plus tard le malade meurt subitement. A l'autopsie on constate qu'une ectopie du colon transverse, venant s'interposer entre le foie et le diaphragme, était la cause de la singulière image observée à l'examen radioscopique. »

En somme l'autopsie a été loin de confirmer le diagnostic d'abcès sous-phrénique porté pendant la vie. « L'autopsie a fait découvrir, du côté gauche, les vestiges d'une ancienne pleurésie diaphragmatique consécutive à la pneumonie de la base. Cette pleurésie primitivement enkystée et suppurée avait sans doute été le point de départ des vomiques du malade, mais elle avait abouti à la symphyse des deux feuillets pleuraux et s'accompagnait de sclérose du poumon sous-jacent avec dilatation des bronches : telle était l'origine de l'abondante expectoration purulente observée pendant la vie ».

OBSERVATION N° 1

(Inédite, prise dans le service du Docteur P. Emile Weil)

Le malade, M. C..., peintre en bâtiments, âgé de 37 ans, entre à l'hôpital le 4 avril 1920 parce qu'il souffre de violentes douleurs abdominales depuis 8 jours. Ces douleurs ont débuté lentement ; le malade les a prises pour des coliques durant les premiers jours et n'y a pas attaché d'importance ; il a continué à travailler pendant 10 jours. Puis ces douleurs ont augmenté progressivement et sont devenues intolérables depuis 8 jours. Le malade se fait transporter à l'hôpital.

Aucun antécédent, si ce n'est une blessure de guerre : éclats d'obus multiples dans les membres et le tronc.

Le 4 avril 1920, à l'examen, le malade est très abattu et paraît souffrir atrocement. Il répond mal aux questions et se plaint sans cesse de son ventre. La douleur gêne la respiration qui est courte et rapide. Température : 38°5. Le poulx est petit, mou, dépressible et

rapide. Il bat à 120. La douleur siège dans tout l'abdomen et s'irradie dans les reins. Elle est constante, excessivement violente et arrache des plaintes au malade ; à l'inspection les muscles de l'abdomen sont contractés, la palpation est impossible tant les douleurs qu'elle réveille sont atroces. La langue est bonne. Le malade ne se sent pas d'appétit ; il dit n'avoir pas été à la selle depuis 4 jours. Il n'a jamais eu de vomissements. A l'examen des poumons on trouve : en avant, submatité des deux sommets, signes de bronchite diffuse ; base droite : grosse matité, murmure vésiculaire presque aboli, pas d'égophonie ni de pectorioloquie aphone. Cœur : rien d'anormal, les bruits sont un peu lointains, pas de souffle. L'examen du système nerveux ne révèle rien d'anormal. Les mictions sont normales et les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. On prescrit des injections de morphine.

9 Avril. — Les douleurs abdominales sont moins violentes. Le malade se sent mieux et s'alimente avec du lait. A l'examen de l'abdomen on constate une contracture des muscles abdominaux dans toute la région supérieure de l'ombilic.

12 Avril. — Le malade souffre moins mais l'état général n'a pas changé. Température : 38°. La constipation est opiniâtre. — Radioscopie : On trouve une zone claire entre foie et diaphragme. La base pulmonaire ne présente rien d'anormal et le diaphragme fonctionne normalement. La base droite est un peu floue. On fait le diagnostic d'abcès sous-phrénique. Le malade passe en chirurgie où on lui fait trois ponctions qui permettent de retirer du liquide purulent fétide. Vomique. On pense à pleurésie suppurée.

29 Avril. — Le malade revient en médecine. L'état général est très amélioré. La température est tombée aux environs de 37°. Les douleurs abdominales ont complètement disparu depuis quatre jours. Le malade ne se plaint que d'une vague douleur costo-lombaire gauche. A l'examen de l'abdomen on constate encore une légère contracture des muscles abdominaux dans toute la région supérieure à l'ombilic. La langue est bonne. Le malade se sent de l'appétit et mange bien. Les selles sont normales. Au point de vue pulmonaire, le malade tousse un peu et a une expectoration muco-purulente. On trouve : en avant, matité des deux sommets, plus marquée à droite, signes de bronchite diffuse ; en arrière, mêmes signes qu'en avant. — Poids : 55 kilos.

3 Mai. — Radio : diaphragme et base pulmonaires sont en parfait état. Poche à air stomacale très nette. Sur la ligne médiane on voit une zone claire ; il y a de l'air au-dessus du lobe gauche du foie.

8 Mai. — Radio : même état que la dernière fois.

15 Mai. — Radio : On ne trouve plus d'image hydro-aérique dans la partie moyenne de l'abdomen. On voit à peine la poche à air gastrique.

16 Mai. — Le malade sort de l'hôpital complètement guéri. Il a pris 2 kilos en 15 jours. Poids : 57 kilos. Nouvelle entrée à l'hôpital le 28 octobre 1920.

Radio du 29 octobre : On ne voit pas trace de l'ancien abcès sous-phrénique ; le foie est gros et il y a de la pleurite diaphragmatique gauche. Suppression du cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche. Diaphragme flou.

Examen du malade le 30 Octobre. — Le malade, depuis sa sortie de l'hôpital avait repris son travail, il avait bon appétit, ses selles étaient normales, il ne souffrait pas. Il rentre dans le service parce qu'il présente quelques douleurs dans l'hypochondre gauche, spontanées au moment de l'inspiration forte et de la toux. Il n'y a pas de troubles gastro-intestinaux, mais le malade tousse un peu ; il a une expectoration aérée, gluante, adhérente au vase. A l'examen : Le malade un peu pâle a cependant un assez bon aspect général, mais état subfébrile ; il pèse 60 kgs 700. L'examen de l'abdomen révèle que celui-ci est souple uniformément, on ne réveille que quelques phénomènes douloureux dans l'hypochondre droit, non pas par la palpation directe, mais en pratiquant la palpation bimanuelle comme pour l'exploration de la loge rénale, la main réveille une douleur ; mais pas de défense musculaire. En arrière, un point douloureux dans l'espace costo-iliaque gauche, quelques irradiations dans la partie postérieure de l'hémithorax gauche et la fosse sus-épineuse correspondante qui est sensible à la palpation. L'examen de l'appareil respiratoire ne révèle qu'une submatité de l'hémithorax gauche en arrière, une respiration prolongée, les deux temps de la respiration s'accompagnant de râles ronflants et sibilants. Quelques râles crépitants fins dans l'espace scapulo-vertébral gauche et plus gros au niveau de la base du même côté. Ronflants et sibilants disséminés à droite. Rien à l'auscultation du cœur. Pas d'albumine dans les urines.

16 Novembre. — Point douloureux en arrière et à gauche à la partie inférieure du thorax. Cette douleur est très vive, presque continue et exagérée par les mouvements inspiratoires et par la toux. Elle empêche le malade de dormir. Le malade tousse un peu. Il a eu le 17 des crachats un peu hémoptoïques, presque rouillés, un peu adhérents au vase. Il se sent très abattu, très fatigué. Il reste couché sans mouvements. Il est constipé. Examen du poumon : à gauche on trouve en arrière, à la base, une zone de matité franche, très douloureuse à la percussion. A ce niveau les vibrations vocales sont abolies à la palpation. A l'auscultation on constate l'abolition du murmure vésiculaire et quelques râles crépitants au centre. A la périphérie, on trouve toute une couronne de crépitants et de sous-crépitations fins. Pas d'égophonie ni pectoricloquie aphone. Dans l'aisselle gauche on trouve un nouveau foyer de matité, absence du murmure et râles crépitants. Cette zone est également douloureuse à la percussion. En avant, le murmure est diminué à la base. A droite, tout est normal, en arrière et dans l'aisselle, sauf quelques râles disséminés. En avant, au sommet, on trouve la respiration un peu soufflée avec quelques râles humides. Cœur normal. Pouls à 96, bien frappé. Température : 38° le 16 novembre, 39°5 le lendemain. Ni albumine ni sucre dans les urines. Abdomen : contracture des grands droits dans leur portion sus-ombilicale. Abdomen un peu sensible en bas et à gauche. Les fosses lombaires sont souples.

Radio du 20 Novembre. — Diaphragme gauche toujours flou, épais, immobile, un peu de grisaille au-dessus. Mais les deux poumons sont pommelés et les sommets obscurs. Le cœur est déplacé vers la droite en totalité. Le 20 novembre, le malade a une expectoration purulente et très abondante constituant une vomique fractionnée. Celle-ci se poursuit le 21-22 novembre.

Radioscopie du 22 Novembre. — L'hémidiaphragme gauche reste visible, presque immobile à son niveau normal. Foyers d'ombre au-dessus occupant la base du champ pulmonaire avec limite oblique en haut, en dehors telle qu'on la voit dans les pleurésies. Cette ombre est homogène et n'est pas particulièrement opaque.

OBSERVATION N° 2

(Inédite, prise dans le service du Docteur P. Emile Weil)

Un soldat de 24 ans est évacué de l'avant avec le diagnostic de tuberculose avec fièvre hectique. Cet homme, malade depuis deux mois est amaigri, pâli, sans appétit, il présente de la fièvre avec grandes oscillations thermiques et des transpirations profuses. Les symptômes pulmonaires sont discrets, légère bronchite et bruits fins à la base droite. Aux rayons, on ne trouve pas de lésions pulmonaires, mais sous le diaphragme, on découvre une image hydro-aérique au-dessus du lobe gauche du foie. Sous le muscle immobile à ce niveau existe une collection hydro-aérique du volume d'une orange, dont le quart inférieur est noir limité par une ligne de niveau horizontal. Le diaphragme ayant gardé toute sa mobilité sauf au niveau de l'abcès, on ne peut hésiter sur le siège sous-diaphragmatique de la collection. Une ponction faite sous l'écran retire du liquide fétide, où l'examen microscopique décèle toutes les formes multiples des anaérobies. Après avoir retiré du pus (20 cc.), on injecte de l'air (20 cc.) et 5 cc. de collargol, qui permettent d'obtenir une radiographie des plus nettes. L'interrogatoire du malade nous apprend qu'il a fait un mois auparavant une crise d'appendicite restée méconnue. Plusieurs fois ponctionné, l'abcès se reproduit. Le malade est confié au Docteur Chevrier : ouverture de l'abcès et guérison rapide.

CONCLUSIONS

Le diagnostic radiologique de l'abcès sous-phrénique complète le diagnostic clinique souvent extrêmement difficile à faire. Il se base sur les constatations suivantes :

- 1) Différence de niveau des deux moitiés du diaphragme ; la moitié répondant à la collection hydro-aérique est refoulée en haut et dépasse l'autre de plusieurs centimètres ;
- 2) Immobilité de l'hémidiaphragme correspondant à l'abcès ;
- 3) L'ombre du cœur est séparée de celle de la collection ;
- 4) Existence de trois zones superposées : en bas, zone sombre répondant à la collection purulente et au foie ; au milieu, zone claire ; en haut, bandelette diaphragmatique refoulée ;
- 5) Diminution de la hauteur de l'hémithorax du côté malade ;
- 6) Diminution de la clarté pulmonaire par tassement du parenchyme pulmonaire du côté malade.

Bibliographie

- Abcès sous-phréniques d'origine gastrique.* — Thèse de Paris, par MAUPAS.
- Diagnostic radiologique des abcès sous-phréniques gazeux,* par ISÈRE SOLOMON. — *Journal de Radiologie* 1920.
- Contribution à l'étude radiologique des abcès sous-phréniques,* par CHASSARD et MORÉNAS. — *Journal de Radiologie* 1920.
- Les faux Pneumothorax en radiologie,* par LEBON. *Presse Médicale* 1919.
- Abcès sous-phréniques d'origine digestive.* — Thèse de Paris, par BILOT, 1909.
- Des abcès sous-phréniques,* par CARNOT. — *Semaine médicale* 1906.
- Abcès sous-phréniques en communication avec les bronches, révélé par l'examen radioscopique trois ans après le début de la maladie,* par BÉCLÈRE. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1899.
- Rectification d'une erreur de diagnostic ; ectopie du colon transverse prise à l'examen radioscopique pour un abcès gazeux sous-phrénique,* par BÉCLÈRE. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1899.
- La production de Pneumo-séreuses,* par P. Emile WEIL et LOISELEUR.
- La Pneumo-séreuse pleurale au point de vue diagnostique et thérapeutique,* par P. Emile WEIL et LOISELEUR.

